N° 42

RELATION

D'UNE

ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE NOSTRAS

OBSERVÉE A TOULON EN 1887

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 9 mars 1888

PAR

Yves LE SCOUR

Né à Morlaix (Finistère)

MÉDECIN DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des mal. ment. et nerv.	CAVALIER (✲).
Idem (Chargé du cours).	MAIRET.
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✲).
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✲).

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C. ✠).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSE (✲).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✲).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. CASTAN, *président.*

GRASSET, Professeur.

REGIMBEAU, agrégé.

BROUSSE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A. M. B. J.

A Monsieur l'Abbé ROULL

Officier d'Académie

Principal du Collège de Lesneven

J. LE SCOUR

A MES AMIS

J. LE SCOUR

A Monsieur le Docteur BERTRAND

Médecin principal de la Marine
Professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon

A Monsieur le Docteur BÉRENGER-FÉRAUD

Officier de la Légion d'honneur
Directeur du service de santé de la marine

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CASTAN

Doyen de la Faculté de médecine

J. LE SCOUR

INTRODUCTION.

Depuis l'épidémie de dysenterie étudiée à l'hôpital principal de la marine par M. le docteur Barallier, en 1859, on n'avait observé à Toulon que quelques cas isolés de dysenterie sporadique, en général peu graves, survenant surtout pendant la saison chaude, contrairement à la fièvre typhoïde, dont le maximum d'intensité coïncide habituellement avec l'arrivée des recrues des divers corps de troupes.

Ces quelques cas, vu leur petit nombre et leur peu d'importance, n'avaient pas, à beaucoup près, fixé l'attention des médecins de la marine au même point que la dysenterie chronique et l'entéro-colite provenant des pays chauds, affections qui, nous le savons, ont toujours fourni le plus grand nombre d'entrants aux établissements hospitaliers de Toulon. Aussi les premiers malades envoyés en traitement à l'hôpital Saint-Mandrier sous la rubrique «dysenterie aiguë», furent-ils tout d'abord considérés au même titre que ceux des années précédentes, quand subitement, au mois de juillet, le chiffre des entrées augmentant chaque jour, vint démontrer que l'on était en présence d'une véritable épidémie.

Le 21 juillet, M. le docteur Duvigneau, aide-major au 4^{me} régiment d'infanterie de marine, dans un rapport adressé à son médecin-major, signalait ainsi la rapide propagation de la maladie: «Depuis le 11 juin, la dysenterie a fait son apparition parmi les troupes casernées à Missiessy, et depuis le 16 juillet semble prendre une extension inquiétante.»

A la même époque, la maladie faisait aussi quelques victimes à la Division des équipages de la flotte, située égale-

ment à Missiessy, et l'épidémie était constituée. Enfin, en août, la situation empirant, un service spécial fut affecté aux malades atteints de dysenterie nostras, sous l'intelligente direction de M. le médecin principal Bertrand.

Faire brièvement l'historique de cette épidémie depuis son début, en retraçant la marche, l'étiologie, la symptomatologie générale de la maladie, avec ses lésions anatomiques, son diagnostic, son pronostic et son traitement, tel est le but que nous nous sommes proposé dans ce modeste travail.

Qu'il nous soit permis, en terminant cette préface, d'adresser tous nos remerciements à M. le Dr. Bertrand, professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon, pour la bienveillance avec laquelle il a bien voulu mettre à notre disposition l'intéressant travail qu'il prépare sur cette épidémie.

Que M. le professeur Castan veuille agréer l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

RELATION

D'UNE

ÉPIDÉMIE DE DYSENTERIE NOSTRAS

OBSERVÉE A TOULON EN 1887

CHAPITRE I.

MARCHE DE L'ÉPIDÉMIE.

L'épidémie de dysenterie nostras qui a sévi à Toulon pendant l'été de 1887, s'est cantonnée principalement dans les divers casernements de Missiessy, comprenant une grande partie des compagnies d'infanterie de marine et la Division des équipages de la flotte. Cependant les autres quartiers, les vaisseaux du port et de la rade, les ouvriers, le personnel hospitalier, lui ont aussi payé leur tribut, mais dans des proportions beaucoup moindres.

Le premier cas en date, le seul qui ait été observé au mois de mai, a été fourni par l'artillerie de marine, casernée au Mourillon.

En juin, les entrées sont au nombre de 6, dont deux four-

nies par l'infanterie de marine et deux par les marins, les deux derniers provenant, l'un de l'arsenal, le second de l'artillerie.

En juillet et août, ce sont les troupes d'infanterie de Missiessy qui ont fourni le plus grand nombre d'entrants; c'est aussi pendant cette période que quelques cas se déclarent à la caserne centrale du Mourillon, ainsi que parmi le personnel hospitalier de Saint-Mandrier.

En septembre, le chiffre des entrées est quelque peu inférieur à celui des deux mois précédents, et à peu près également réparti entre l'infanterie de marine et la flotte.

En octobre, l'épidémie est en décroissance manifeste, et les vingt entrées enregistrées proviennent en grande partie de la Division.

Enfin, au commencement de novembre, il ne reste plus en traitement à l'hôpital que quelques cas.

L'épidémie a donc eu une durée totale de quatre mois, si nous écartons toutefois les premières atteintes signalées en mai et juin.

Telle est, en quelques mots, la marche générale affectée par l'épidémie; cependant, pour plus d'exactitude, nous croyons devoir reproduire ici quelques chiffres empruntés à l'ouvrage de M. Bertrand.

Entrées par mois :

Mai 1 cas; juin 6 cas; juillet 57 cas; août 62 cas; septembre 53 cas; octobre 20 cas. Ce qui nous donne ensemble 199.

Si nous ajoutons à ce chiffre les 13 atteintes survenues à Saint-Mandrier, soit chez des hommes en traitement pour affections diverses, soit parmi le personnel hospitalier, nous trouvons un total définitif de 212 cas.

Ce chiffre ne concordera sans doute pas exactement avec ceux donnés par des médecins-majors de l'infanterie de marine et de la Division, parce que, d'une part, plusieurs cas

très légers n'ont pas été hospitalisés, et que, d'autre part, quelques malades compris dans ce nombre ayant déjà contracté la dysenterie dans les pays chauds, étaient considérés seulement comme atteints de rechute d'une affection déjà ancienne.

Le chiffre des entrées par jour a varié dans des proportions considérables :

En juin	1	entrée.
— juillet	1 à 7	—
— août	1 à 5	—
— septembre	1 à 8	—
— octobre	1 à 4	—

L'infanterie de marine a payé le plus lourd tribut à l'épidémie ; nous trouvons, en effet, un total de 118 cas, ainsi répartis :

Caserne du Mourillon	4
Provenance restée inconnue	6
Hôpital principal	1
Missiessy	107
Total	118

Immédiatement après, se place la flotte pour un chiffre de 64 entrées, dont 33 pour la Division des équipages de la flotte seule, le reste étant réparti entre les divers vaisseaux du port et de la rade.

L'artillerie de marine a fourni	7 cas.
L'artillerie de forteresse	3 —
Les pompiers de la marine	1
Douaniers	1 —
Ouvriers du port	4 —
Prisonniers	1 —

Total 199.

Parmi les 13 cas contractés à l'hôpital Saint-Mandrier, nous trouvons 9 matelots, 3 infirmiers, 1 sœur de charité.

Sur ces 212 cas, on a noté 9 décès, soit 4,24 p. 100.

Ils se répartissent de la façon suivante :

Infanterie de marine 2 pour 118, soit 1,69 p. 100.

Marins 7 sur 73, soit 9,6 p. 100.

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE.

Les causes qui ont donné naissance à cette épidémie sont encore à l'état d'hypothèses, et malgré les longues et patientes recherches auxquelles s'est livré M. le professeur Bertrand, nous ne pouvons dire quel facteur doit être directement incriminé dans la genèse de la maladie. Le sol, les casernements, les eaux, etc., tout a été examiné scrupuleusement, sans que nous puissions cependant y trouver autre chose que les causes qualifiées par les auteurs de prédisposantes, la vraie cause déterminante nous est inconnue. Nous ne pouvons donc qu'étudier les conditions au milieu desquelles elle a pris naissance.

Température. — La chaleur atmosphérique qui, au dire des auteurs, joue un rôle important dans la production de la dysenterie, a été très intense pendant les mois de juin, juillet et août 1887, où on a noté des maxima de 34° et 35°. En septembre et octobre, la température a notablement diminué, et l'on trouve pour ces mois des minima de 2°5. La courbe thermique de l'été qui a vu se développer l'épidémie, comparée avec celle des mêmes mois de l'année précédente, donne une élévation plus considérable en 1887 pour les trois premiers mois (juin, juillet, août), mais pour les mois de septembre et octobre, celle de 1886 est notablement supérieure. Il est donc possible que la chaleur ayant favo-

risé pendant les premiers mois l'éclosion de la dysenterie, cette maladie ait trouvé par la suite, grâce aux refroidissements accidentels, un terrain tout préparé pour en subir les effets.

Humidité.— Les épidémies de dysenterie coïncident tantôt avec la chaleur sèche, tantôt avec la chaleur humide. Pendant la période épidémique de 1887, la quantité d'eau tombée, appréciée au pluviomètre, est très variable suivant les mois :

Mai.....	16	millimèt.	50.
Juin	17	—	53.
Juillet.....	21	—	50.
Août.....	66	—	50.
Septembre..	8	—	75.
Octobre....	125	—	25.

Si nous comparons ces chiffres à ceux des mêmes mois de l'année précédente, nous trouvons que les mois de mai, juin, septembre et octobre sont plus secs, juillet et août, beaucoup plus humides.

Ces chiffres, on le voit, n'indiquent rien de bien précis.

Sol. — Le quartier de l'infanterie de marine occupe un terrain argileux, couvert autrefois de marécages. Des terres rapportées forment actuellement le sol sur lequel sont construites les baraques; de plus, l'infanterie occupe souvent, pendant l'été, ses pelotons de punitions à exécuter de petits travaux de terrassement au voisinage de ces constructions.

Grâce à ces deux conditions, les manifestations de nature palustre ne sont pas très rares dans ces parages, et l'on pouvait facilement croire que la nature du sol devait avoir une influence quelconque dans la localisation de l'épidémie en ce point. Un échantillon de terre fut donc soumis à l'a-

nalyse chimique qui y décela la présence de 1,35 p. 100 de matières organiques.

Disposition du casernement. — Le quartier de Missiessy, occupé par l'infanterie de marine, a la forme d'un long rectangle adossé à la mer par un de ses plus petits côtés. Les troupes sont logées, en partie dans des baraques disposées sur deux rangs et séparées par un intervalle de 12 mètres 50, en partie dans de vieux vaisseaux en bois mouillés à quelques mètres du quai. Leur nombre, de trois en temps ordinaire, avait été porté à quatre pendant l'épidémie, au moment de l'arrivée des réservistes.

Un grand égout central, destiné à recevoir les eaux des lavoirs et lavabos, celles des urinoirs, des latrines, traverse le quartier dans le sens de sa plus grande longueur, sous l'espace laissé libre entre les deux rangs de baraques; cet égout qui possède sur son parcours neuf bouches grillées, va déboucher dans la mer en face du ponton «Ville de Paris.»

Au début de l'épidémie, il n'y avait pas d'encombrement dans les baraques ni dans les vaisseaux; ceux-ci bien tenus ne laissaient rien à désirer sous le rapport de la ventilation assurée par un grand nombre de sabords; les baraques étaient peut-être un peu moins favorisées; de plus, la température y semblait plus élevée que dans les batteries des vaisseaux.

Le point le plus défectueux était l'égout qui, par suite de la mauvaise tenue des tinettes, au moins au début de l'épidémie, recevait des matières fécales plus ou moins diluées qui exhalaient, surtout le soir, des odeurs qui semblaient beaucoup plus prononcées aux environs des baraques. En face des pontons se trouvaient en outre, deux latrines indépendantes qui versaient directement dans la mer leurs produits excrémentitiels.

L'égout fut donc regardé à juste titre comme suspect et l'eau

qu'il contenait, soumise à plusieurs examens microscopiques, fut trouvée, dans des recherches extemporanées, contenir des microcoques, des bacilles courts et grêles coupés carrément à leurs extrémités ou bien arrondis; puis après culture, on y découvrit la présence de staphylococcus pyogenes.

La présence de ces micro-organismes constatée, il était aussi utile de savoir s'ils ne pourraient pas être entraînés au dehors par la vapeur d'eau. M. le docteur Bertrand a résolu, par l'affirmative, cette importante question, après avoir, au moyen d'un appareil aspirateur, filtré sur du coton stérilisé environ un mètre cube d'air puisé dans l'égout; il a en effet retrouvé sur le coton soit directement, soit après culture, divers éléments figurés rencontrés déjà dans l'eau de ce conduit. «Un fait nous est donc acquis, dit M. Bertrand, les vapeurs méphitiques qu'exhalent les liquides putrides peuvent se charger d'éléments figurés, et, quand même la dysenterie serait d'origine microbienne, rien n'empêcherait d'admettre que les milieux dont j'ai parlé aient pu intervenir dans sa genèse par l'intermédiaire de l'air.»

Après avoir étudié la disposition du casernement et ce qu'il y avait de défectueux, il nous semble utile de voir aussi qu'elle y a été la distribution de l'épidémie.

Les premiers cas ont pris naissance dans les baraques, et il semblerait que ce soient surtout celles qui étaient situées au voisinage des bouches de l'égout qui aient été le plus durement éprouvées.

Les quatre compagnies qui y sont logées ont envoyé à l'hôpital:

41e,	10	hommes sur un effectif de	150.
40e,	23	— —	159.
39e,	13	— —	132.
38e,	6	— —	66.

C'est donc la 40e qui a fourni le plus grand nombre de malades. Mais à quoi attribuer la morbidité extrême de cette compagnie, alors que la 41e, placée dans des conditions en apparence identiques, n'a eu que 10 malades?

C'est seulement un mois après le commencement de l'épidémie, que la maladie a fait son apparition dans les pontons, où elle a atteint 55 hommes, ainsi répartis :

Castiglione,	18	cas pour	380	hommes.
Masséna,	16	— —	410	—
Ville de Paris,	16	— —	620	—
Intrépide,	5	— —	530	—

Nous remarquons qu'ici encore, ce sont les vaisseaux les plus voisins de l'égout et des conduits excréteurs des latrines qui avoisinent le quai, qui sont le plus mis à contribution.

L'épidémie a donc pris vraisemblablement naissance au quartier de l'infanterie de marine; de là, elle a gagné la division, située seulement à 2 ou 300 mètres.

Le vaisseau-école des mécaniciens, *l'Hermione*, qui a fourni 6 malades, était aussi mouillé dans la même darse que les pontons de l'infanterie et de la Division.

Quant aux autres navires, quatre au moins de ceux qui ont envoyé des malades à l'hôpital, se trouvaient aux appontements de *Castigneau*, situés seulement à une petite distance, au moment où quelques cas se sont déclarés à leur bord.

Aliments et boissons. — Les vivres ont toujours été de première qualité, tant au quartier de l'Infanterie de marine et à la Division, qu'à bord des navires. La cuisine est en général bonne, et les aliments ne sont préparés que dans des récipients en fonte ou en fer battu.

Les fruits vendus par la cantinière sont généralement

mauvais: les figues sont trop mûres ; les abricots et les poires, afin d'être conservés plus longtemps, sont achetés presque verts et n'arrivent, par conséquent, à maturité que par une sorte de décomposition, qui les rend aussi nuisibles que quand ils sont à l'état de maturité imparfaite.

Le vin, de qualité inférieure, n'est cependant pas sophistiqué.

Le régime des eaux potables, pour les divers quartiers de Missiessy, varie en hiver et en été. De l'examen minutieux auquel plusieurs échantillons ont été soumis, il résulte que l'eau prise aux robinets était limpide, fraîche, et n'avait ni goût ni odeur. L'analyse chimique n'y a décelé que des traces de matières organiques.

Enfin, l'examen microscopique a permis d'y constater la présence de débris végétaux et de quelques rares microcoques. Un nouvel examen a été pratiqué pendant l'hiver, quand le régime hydrologique eut changé, et à ce moment, les eaux paraissaient plus impures que pendant l'épidémie.

L'eau, ce nous semble, ne doit donc être incriminée que pour les quantités énormes consommées par les hommes au retour d'un exercice ou d'une marche pénible.

Refroidissement. — Le refroidissement semble avoir été une cause prédisposante très commune dans cette épidémie; nombre d'hommes, en effet, déclarent qu'ils se sont refroidis la nuit devant un sabord ouvert, ou insuffisamment couverts, d'autres disent avoir ingéré une grande quantité d'eau étant en transpiration.

La théorie microbienne de la dysenterie ne s'oppose pas à ce que l'on continue à considérer le refroidissement comme cause prédisposante toute puissante de cette maladie, et nous pouvons, sous ce rapport, la comparer à la pneumonie, qui, si elle a son microbe distinct reconnu par tous les auteurs,

n'en continue pas moins à compter, parmi ses causes, les refroidissements accidentels.

Nous pouvons aussi considérer les exercices militaires pénibles et les longues marches qu'a exécutés quelquefois le 4me régiment d'infanterie de marine, comme une cause de quelque valeur, tant au point de la fatigue éprouvée par les hommes, qu'au point de vue des refroidissements qui en sont trop souvent la conséquence.

Maladies antérieures. — Les maladies antérieures telles que fièvre typhoïde, tuberculose, prédisposent à la dysenterie et la rendent d'autant plus grave que le sujet présente moins de résistance. Plusieurs malades, en effet, ont été atteints pendant la convalescence d'une dothiénentérie; d'autres, tuberculeux avancés, ont été frappés à l'hôpital même. Rien cependant ne prédispose autant à la dysenterie qu'une première atteinte. C'est ainsi que plusieurs soldats d'infanterie de marine, de retour du Tonkin ou de Madagascar, où ils avaient contracté la dysenterie, sont de nouveau tombés malades au quartier, et la seconde atteinte présentant tous les caractères de la dysenterie aiguë nostras n'a pu être considérée comme une simple rechute; le même fait a été observé chez des hommes qui se trouvaient embarqués en escadre,

Contagion. — Parmi les cas de dysenterie contractés à l'hôpital Saint-Mandrier, il serait bien difficile de ne pas admettre, avec M. le Dr Bertrand, une transmission morbide. Sur ce nombre, nous avons en effet relevé trois infirmiers qui étaient affectés au service des dysentériques; d'autre part, deux pharmaciens ayant soumis des selles dysentériques à de longues manipulations chimiques ont été atteints, l'un de rectite, l'autre de diarrhée avec ténesme.

CHAPITRE III.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE ET OBSERVATIONS.

En présence des symptômes variés présentés par cette épidémie pendant les quatre mois où on l'a observée à l'hôpital Saint-Mandrier, nous ne pouvons mieux faire que de diviser, avec M. le Dr Bertrand, les nombreux cas cliniques en trois degrés :

1° Dysenterie légère, comprenant .. 130 cas ;
2° Dysenterie de moyenne intensité. 54 cas ;
3° Dysenterie grave..... ..... 28 cas.

Mais avant d'entrer dans l'analyse des symptômes, nous reproduisons ici quelques observations, aussi complètes que possible, de chaque type pathologique.

1° Dysenterie légère.

Observation I. — Le C.., soldat au 4e de marine.

Entré à l'hôpital avec la mention «dysenterie». Caserné à Missiessy dans les baraques ; a fait la marche du 16 juillet pendant laquelle il a bu beaucoup d'eau, ainsi qu'à son retour à la caserne. Diarrhée pendant 8 jours, puis le sang apparaît dans les selles ; épreintes ; ténesme anal et vésical. Actuellement le malade va mieux ; la langue est bonne ; les selles sont muco-sanguinolentes (crachats pneumoniques) ; un peu de rectite.

Le 29 juillet, 10 selles composées en partie de matières fécales, en partie de mucus sanguinolent.

Le 30, 5 selles pâteuses avec mucus sanguinolent.

1er août, selles en purée épaisse boursouflée.

Le 2, elles présentent les mêmes caractères, puis le 3 elles sont simplement pâteuses.

Le 6 et le 7, les garde-robes sont presque moulées, puis pâteuses pendant quelques jours.

Le 12, 2 selles en purée épaisse boursouflée.

Le 13, 3 selles en purée non homogène, avec mucus.

Le 14, selles pâteuses homogènes.

Le 15, selles en purée épaisse boursouflée.

Le 17, 2 selles moulées avec mucus.

Les jours suivants, les garde-robes sont moulées.

Le 23, elles contiennent encore un peu de mucus sanguinolent.

Observation II. — M..., soldat au 4e de marine.

Entré à l'hôpital le 30 juillet pour «dysenterie.»

Jeune soldat venant de Missiessy. Malade depuis 4 jours, a fait du sang et de la graisse; attribue sa maladie à l'eau qu'il boit. En ce moment, les selles sont pâteuses et contiennent un peu de mucus.

1er août, quatre selles pâteuses, mêlées d'un peu de mucus sanguinolent.

2. Selles pâteuses avec plaques de mucus.

3. Quatre ou cinq selles pâteuses avec plaques de mucus sanguinolent.

4. Selles en purée épaisse. Le foie mesure 13 cent. sur la ligne verticale mamelonnaire.

6. Une selle presque moulée.

7. Deux selles moulées.

Les jours suivants, les selles continuent à être moulées et M.... sort guéri le 18 août.

Observation III. — B..., soldat 4e de marine.

Entré à l'hôpital le 30 août pour « dysenterie. »

Malade depuis 5 jours. A eu froid pendant la nuit. A fait, au début, du sang et de la graisse. Coliques assez légères. Ténesme; faux-besoins. Selles sous forme de crachats incolores.

1er août. 2 selles composées de matières fécales enrobées de mucus sanguinolent.

2. Deux selles, la dernière composée de scybales enrobés de mucus.

Les jours suivants, les selles sont moulées et ne présentent plus aucun caractère pathologique.

2° Dysenterie de moyenne intensité.

Observation I. — L..., matelot (Division).

Entré à l'hôpital le 11 septembre, avec la mention « dysenterie nostras.»

Malade depuis huit jours; a sué en nageant dans une embarcation; a bu beaucoup d'eau et s'est refroidi ensuite; a fait, au début, du sang et des mucosités; coliques; besoins fréquents; ténesme anal et vésical.

Aujourd'hui le malade n'accuse que peu de coliques et n'a presque plus de ténesme; trente selles séro-muqueuses sanguinolentes.

Le 13, seize selles lavure de chair, avec pellicules grisâtres constituées par du pus.

Le lendemain, cinq selles en purée épaisse avec grumeaux; le malade n'a plus de ténesme.

Les quatre jours suivants, les selles, peu nombreuses (de trois à neuf), sont en purée claire, jaune, tantôt homogène, tantôt grumeleuse, avec placards brunâtres.

Le 19, le malade n'a pas de garde-robes.

Le 20, on note pour la première fois une selle moulée. Les jours suivants, les évacuations présentent encore le même caractère et L..., sort de l'hôpital le 29 septembre.

Observation II. — L..., soldat au 4me de marine.

Entré le 5 octobre, malade depuis quatre jours; prétend s'être refroidi la nuit et a eu le lendemain une selle diarrhéique suivie de plusieurs autres, présentant les caractères des déjections dysenteriques; presque pas de ténesme; sept à huit selles lavûre de chair dans la journée; rien au côté du foie; rate quelque peu hypertrophiée.

Le 8, le malade a une selle en purée ressemblant à une « sauce tomate. »

Le 9, on constate une notable amélioration, les selles, au nombre de deux, contiennent moins de mucus, et les jours suivants elles deviennent moulées.

Le 14, elles sont en partie moulées, en partie en puréegrisâtre.

Dès le lendemain, elles redeviennent complètement moulées, ovillées mêmes, mais sont enrobées de mucus rougeâtre qui disparaît le 20 et la guérison est définitive.

Observation III. — C..., artilleur de marine.

Entré le 25 août pour «diarrhée.»

Malade depuis quinze jours; a bu beaucoup d'eau; éprouve de violentes coliques; pas de ténesme; langue blanche; selles très nombreuses dans la journée, contenant du sang et du mucus.

27. Selles moulées avec mucus.

28. Sellés séro-muqueuses avec grumeaux de lait.

29. Selles en purée.

Les jours suivants, les déjections continuent à être en purée boursoufflée, ou contiennent des grumeaux jaunes et verdâtres. Pendant cette période, l'appétit, perdu au début, se réveille très impérieux, poussant le malade à se procurer des aliments que ne comporte pas son régime.

Les selles deviennent ensuite pâteuses et enfin moulées, mais les premières déjections moulées sont enrobées de mucus sanguinolent qui disparaît le 18 et le malade sort guéri le 26 septembre.

3e Dysenterie grave.

Observation I. — L..., matelot « *Colbert* »,

Entré le 22 août. Malade depuis cinq ou six jours; céphalalgie; langue blanche; peu d'appétit; abdomen douloureux; un peu de diarrhée; le malade ne peut donner de renseignements bien précis sur la nature de ses selles; ténesme rectal.

Le 24 août. Temp. matin 37,4. Soir 36,4; six selles séro-muqueuses.

25. Trois selles séro-muqueuses. Urines très acides, de coloration normale, laissant un dépôt assez considérable au fond du vase.

Densité 1040. Quantité 450 c. c. Par la chaleur, on obtient une légère opalescence qui s'accentue par refroidissement et disparaît par l'addition d'une goutte d'acide azotique.

26. Six selles séro-muqueuses avec grumeaux.

27. Sept selles muco-sanguinolentes.

Urines 400 c. c. Densité 1038. Réaction fortement acide. Urée 36,51 p. 1000, soit 14,50 pour la quantité émise. Pouls 76.

28. Cinq selles péu abondantes, composées de mucus légèrement sanguinolent.

Urines 380 c. c. Densité 1038. Réaction acide. Urée 22,54 p. 1000, soit 8,56 p. 380. Pouls 76.

29. Pouls 68. Sept selles séro-muqueuses sanguinolentes.

Urines jaunes-rougeâtres. Quantité 470 c. c. Densité 1038. Réaction acide. Urée 26,60 par litre, soit 12,50 p. 470. c. c.

Rate, trois travers de doigt. Foie 12 cent.

A partir du 30, le nombre des selles varie de cinq à neuf, et elles sont en général panachées, avec grumeaux blancs, jaunes, verts et plaques de mucus sanguinolents.

Le 8 septembre, le malade a cinq selles en purée jaune-rougeâtre avec pellicules d'un jaune-verdâtre ayant un aspect muco-purulent.

La quantité des urines très faible, ne dépasse pas 420 c. c. Le chiffre de l'urée varie de 4,15 à 10,92 dans les 24 heures.

A partir du 8, les selles sont en purée épaisse, leur nombre varie de cinq à trois jusqu'au 21, où le malade ne va pas à la garde-robe. Avec cet état d'amélioration, coïncide l'émission d'une quantité presque normale d'urine (1050 c. c.). Densité 1031. L'urée atteint 22 gr. 1 par litre.

Enfin, le 28, on note 1850 c. c. de liquide émis dans les 24 heures. L'urée atteint 15 gr. 8 par litre. Pendant ce temps, les selles sont en général pâteuses. Le 28, le malade présente une seule selle moulée. Cet état se maintient les jours suivants, et la guérison est définitive.

Observation II. — L...., matelot (Division).

Entre à l'hôpital le 8 juillet pour hydrocèle et uréthrite.

Le 26 août, à la suite d'une diarrhée bilieuse sans caractères saillants, le malade a des selles nombreuses sangui-

nolentes, avec phénomènes généraux graves nécessitant son évacuation sur le service des dysentériques.

A la date du 28 août, nous trouvons l'observation suivante: A contracté la dysenterie à l'hôpital il y a quelques jours; actuellement le malade accuse des coliques violentes, du ténesme rectal et vésical. Les selles sanguinolentes avec mucus, sont au nombre d'une cinquantaine dans les 24 heures; elles revêtent, plus tard, l'aspect lavûre de chair; la langue est sèche et fendillée.

29. Le pouls est petit et très fréquent; sueurs abondantes, un peu de stupeur; 16 selles formées de sérosité fortement sanguinolente.

Le 30. L'état général de la veille persiste; les garderobes sont composées de sang pur. La température marque 36°9 au thermomètre.

Le 31. Etat un peu meilleur; la langue est blanche excepté à la pointe où elle est encore grillée. Sueurs profuses; une vingtaine de selles en purée noire, rouge ou grisâtre.

Le 1er septembre, l'examen des urines est consigné pour la première fois sur la feuille de clinique: quantité 600 c. c.; réaction acide; densité 1015. Urée 18,91 par litre, soit 11,35 pour la quantité émise. Le pouls est petit et bat 88 fois par minute.

A partir de ce moment, les selles, au nombre de 6 à 12 par jour, conservent les mêmes caractères que précédemment jusqu'au 5 septembre, date de la mort. Les quantités d'urine et d'urée continuent à diminuer jusqu'à ce même jour où elles tombent la première à 370 c. c., la seconde à 6 gr. 52.

Autopsie. — *Habitude extérieure.* — Sujet peu amaigri, rigidité cadavérique, tympanisme abdominal, lividité du plan postérieur.

Cavité abdominale. — Parois graisseuses ; à l'ouverture, écoulement de sérosité citrine. L'intestin grêle apparaît très distendu par des gaz et comme translucide, mais sans injection vasculaire. On voit par transparence des taches noires et grises à travers les parois du côlon et du rectum notablement réduits de calibre.

Intestin grêle. — L'incision donne issue à un liquide ressemblant à une purée de pois claire avec filaments ou grumeaux jaunes et blancs. Le duodénum, le jéjunum et la plus grande partie de l'iléon sont colorés en jaune. Les valvules conniventes sont saillantes. La muqueuse n'est ni injectée, ni ulcérée. La fin de l'iléon amincie et transparente est parsemée d'étoiles vasculaires. Ces lésions sont surtout accusées au voisinage de la valvule iléo-cœcale.

Gros intestin. — Très épaissi et fongueux dans toutes ses parties ; une fois ouvert, il apparaît tapissé d'un enduit couleur cambouis dans le rectum et les deux tiers inférieurs du côlon. Cet enduit très adhérent ne se détache qu'incomplètement par le lavage; l'intestin reste noir et tout ce qu'on peut constater, c'est l'état inégal de la surface interne, produit par des évidements et du sang interstitiel. Au niveau des rares points où l'on peut détacher cette couche, on trouve des ulcérations, un état granuleux et fongueux. La muqueuse du cœcum et du côlon ascendant est recouverte d'une matière verdâtre.

Foie — Volumineux, poids 1880 gr., il résiste à la presion et à la coupe. La surface des sections est d'un rouge jaunâtre, il s'en écoule peu de sang.

La vésicule biliaire donne issue à 30 gr. environ d'un liquide jaune grisâtre filant et trouble.

Rate. — Poids 130 gr., sa consistance ne paraît pas modifiée.

Reins. — Diminués de volume; ils pèsent chacun 120 gr.

Pancréas. — Paraît normal.

Cavité thoracique. — *Poumons.* — Pas de congestion, leur tissu crépite. — Quelques îlots d'emphysème à droite. — Adhérences faibles du poumon gauche à la paroi antérieure de l'hémithorax correspondant.

Cœur. — Contracté, de couleur normale. Ventricule gauche ferme et épais. Valvules normales. Caillots dans le cœur droit. Aorte saine.

Observation III. — P..., soldat au 4mo de marine.

Entré à l'hôpital le 24 août. Cet homme s'est refroidi il y a huit jours. Dès le soir, le sang a paru dans les selles. Coliques violentes. Ténesme rectal. Douleurs vives de l'abdomen au niveau de la ligne blanche.

Le 25, le malade accuse de soixante à soixante-dix selles séro-muqueuses. Le pouls est à 100.

Le lendemain, quarante selles séro-muqueuses sanglantes. Pouls 88. Urines peu abondantes; quantité 220 c. c. en 24 heures; densité 1038; réaction très acide; urée 52,94 par litre.

Le 27, les selles toujours très nombreuses, sont séro-muqueuses sanguinolentes.

Les urines examinées soigneusement chaque jour, restent peu abondantes jusqu'au 5 septembre.

On note de 230 à 620 c. c. par 24 heures, la quantité d'urée varie de 5 gr. 086, à 12 gr. 15.

Les selles (de 35 à 50 par jour) sont lavûre de chair ou muco-sanguinolentes jusqu'au 1er septembre. Pendant toute cette période, le pouls est petit, irrégulier, et oscille entre 80 et 100 pulsations; la langue est blanche; le foie mesure 16 centimètres sur la ligne verticale mamelonnaire; la rate paraît normale.

A partir du 2 septembre, un mieux se déclare, le malade n'a plus que vingt selles, dont la dernière est pâteuse, jaune et homogène. Le lendemain, on note seulement six évacuations, dont la dernière moulée.

Le 4. Cinq selles moulées avec mucus

Le 5. La quantité des urines monte tout à coup à 1340 c. c. et l'urée à 17,17; les selles sont au nombre de 5, composées de matières pâteuses avec mucus et sérosité.

Le nombre des selles continue à diminuer; elles sont en général moulées et enrobées pendant quelques jours encore de mucus vitreux légèrement sanguinolent.

Les urines se maintiennent au taux physiologique ou même le dépassent : la quantité d'urée reste peu au-dessous de la normale.

P... sort guéri après avoir obtenu un congé de convalescence de 3 mois.

Observation IV. — B..., matelot. Division.

Entré à l'hôpital le 26 août pour « diarrhée », cet homme était à la Division, attendant un congé de convalescence pour lequel il avait été présenté à la suite d'une fièvre typhoïde légère.

Il y a 6 jours, pris de coliques avec faux besoins et ténesme. Trente selles dans la journée du 27, sous l'aspect d'une

sérosité jaune-rougeâtre plaquée de sang, et tenant en suspension de gros grumeaux blancs paraissant constitués par du lait non digéré. Coliques, ténesme anal et vésical.

Le 28. Les déjections, au nombre d'une cinquantaine, sont séro-sanguinolentes.

Habitude extérieure. — Yeux cernés ; joues creuses ; aspect un peu terreux ; odeur fétide de l'haleine et hoquet.

Le 29. Même état.

Le 30. 20 selles séro-muco-sanguinolentes. L'examen des urines consigné sur la feuille de clinique donne les chiffres suivants : Quantité 195 c. c. ; densité 1028 ; urée 22,6 par litre, soit : 4,4 pour 195 c. c. Cet état se maintient jusqu'au 3 septembre, date à laquelle le malade à une entérorrhagie abondante qui nécessite l'emploi d'une injection d'ergotine.

Le 4. Le malade éprouve une sensation de froid aux extrémités. — Etat de faiblesse très marqué, facies décomposé. — Les selles continuent à être nombreuses (15 à 20), en général en purée claire avec teinte rougeâtre. La quantité d'urine est très minime et l'urée atteint rarement 12 gr.

Le 9. On note un grand abattement, des maux de gorge et de fortes coliques — Défécation quelquefois involontaire. — Forte proportion d'albumine dans les urines.

Les jours suivants, le malade continue à avoir des selles involontaires de plus en plus fréquentes.

Le 13. On observe une plaie de position au niveau du grand trochanter gauche.

Le 14. Pouls 136. — Faiblesse extrême. Dit avoir eu 15 selles. Pas de coliques. — La langue, les lèvres et les gencives sont rouges et desquamées. — Urine 400 c. c. Urée 6,84.

La mort a lieu le 15 septembre au matin.

Autopsie. — *Habitude extérieure.* — Sujet de taille moyenne (1m.61), très amaigri. Rigidité cadavérique. — Eschare de la largeur d'une pièce d'un franc à la région pelvitrochantérienne gauche.

Cavité abdominale — Péritoine injecté, même aspect du mésentère qui est peu chargé de graisse et dont les ganglions volumineux et très durs roulent sous le doigt.

Intestin grêle — En baudruche avec quelques arborisations. Plaques de Peyer ardoisées.

Gros intestin. — Finement arborisé sur toute sa surface externe, friabilité extrême: la plus petite traction en amène la rupture; il se déchire même quand on emploie les ciseaux. Aspect rouge vineux de la menbrane interne du cœcum et du côlon tranverse. Couleur hortensia du rectum. Les sommets des valvules sont noirs et sphacélés dans le côlon ascendant, transverse et descendant dont la tunique interne est profondément ulcérée sur plusieurs points.

Le rectum est épaissi, sa paroi résistante donne la sensation d'un tissu fibroïde élastique. Vers le milieu de sa longueur, il semble que son calibre soit quelque peu rétréci.

Foie. — De couleur normale, poids 1750 gr.

Rate. — Poids, 120 gr.; volume, 7 cent. de long sur 5 de large.

Reins. — Pas d'altération apparente.

Cavité thoracique. — Les poumons présentent les altérations de la tuberculose aux divers degrés. Poids du poumon droit 500 gr. ; p. gauche, 330 gr.

Cœur. — Poids 200 gr., l'oreillette droite dilatée contient un caillot volumineux ; on trouve dans le ventricule droit un caillot noir qui se prolonge dans l'artère pulmonaire.

Observation V. — G..., matelot «*Provençale.*»

Cet homme en subsistance à bord de «*la Provençale*» (Rade) attend un congé de convalescence pour fièvre typhoïde, affection pour laquelle il est resté 17 jours à l'hôpital : se présente à la visite avec diarrhée suite de refroidissement. Maigreur, faiblesse extrême, température le 20 septembre, 36°8 ; envoyé d'urgence à l'hôpital.

Nous relevons sur la feuille de clinique l'observation suivante : se dit malade depuis 5 jours, a eu de fortes coliques suivies de selles sanguinolentes au nombre d'environ 30 par jour.

Ténesme violent.

Aujourd'hui, les selles contiennent du sang ; pas de sommeil la nuit ; ténesme ; grande faiblesse ; langue blanche.

Le lendemain, le malade n'a pas de fièvre, mais les selles sont nombreuses, liquides et teintées de sang, les coliques sont moins fortes, la langue est blanchâtre et rouge sur les bords.

Le 23, on note 30 déjections sanguinolentes, avec coliques et ténesme, pas de sommeil, soif ardente.

Les jours suivants, les selles continuent à être très nombreuses et liquides, mais contiennent en général peu de sang.

Le ténesme et les coliques persistent très violents jusqu'à la terminaison fatale.

Le 3 octobre, les selles sont jaunes et mieux liées, la langue est sèche et râpeuse, l'amaigrissement est considérable; pouls 108. Le malade se plaint de ne pas dormir.

Le 9 octobre, les selles sont redevenues nombreuses, sanguinolentes et la plupart du temps involontaires; toux fréquente et plaie de position au sacrum.

Le 17, poids 31 kilogr., selles moulées, mais accompagnées de violentes coliques.

Le 18, elles sont de nouveau pâteuses et involontaires.

19. Eruption érythémateuse aux fesses; enfin, le 24, veille de la mort, les selles sont liquides et au nombre de 8 dans les 24 heures.

Autopsie.— *Habitude extérieure.*— Maigreur squelettique, poids 31 kilogr.; taille, 1 mètre 58.

Cavité abdominale.— Nombreuses adhérences du péritoine. La région hypogastrique est recouverte d'une couche épaisse de pus jaune et bien lié.

On procède à l'extraction du gros intestin qui, malgré toutes les précautions, se rompt plusieurs fois au niveau de l'S iliaque. Plaques multiples et très larges de gangrène, depuis le rectum jusqu'à la valvule iléo-cœcale. Epaississement notable des tuniques du gros intestin.

L'intestin grêle est distendu par des gaz. Les plaques de Peyer ont une coloration ardoisée.

L'estomac ne présente rien d'anormal.

Le foie et la rate paraissent sains.

Cavité thoracique.— Poumon gauche adhérent et tuberculeux.

Cœur.— Très diminué de volume, a une couleur feuille morte ; un caillot remplit l'oreillette droite.

Observation VI.

P..., matelot à bord de *«la Couronne»*.

Entré à l'hôpital avec la mention «diarrhée très abondante, selles involontaire.» Convalescent de fièvre typhoïde.

Depuis 3 jours, le malade a des selles nombreuses et liquides avec du sang et du mucus. Dit aller à la selle tous les quarts d'heure. Langue saburrale et dépouillée par places, douleurs vives à la région hypogastrique, ténesme léger.

Le lendemain, les selles sont nombreuses, séro-muqueuses avec des grumeaux et quelques stries de sang.

Le 31, selles séreuses contenant quelques grumeaux, mais plus de sang.

1er août, 9 selles liquides.

Le 2, 10 selles présentant les mêmes caractères.

Le 3, les selles en purée claire sont au nombre de 6.

Le 5, 6 selles spumeuses ; le nombre des évacuations augmente ensuite et elles deviennent muco ou séro-sanguinolentes.

Le 10 août, la température axillaire donne le matin 37°3, le soir 36°9 ; la température anale marque 37°9, le pouls est à 104 ; selles 10 : plus de coliques et moins de sang.

11.— Même état ; coliques très violentes ; amaigrissement considérable ; la voix s'éteint ; le pouls est très fréquent, à peine perceptible.

La mort a lieu le 12 août.

Autopsie. — *Habitude extérieure.* — Maigreur très prononcée, rigidité cadavérique.

Cavité abdominale. — L'intestin grêle est sain dans la plus grande partie de son étendue; on remarque seulement à 20 cent. de la valvule iléo-cœcale, une zone d'environ 16 cent. couverte d'arborisations qui donnent à cette partie une couleur rouge vineux foncé; pas d'ulcérations. Plaques de Peyer légèrement rouges et gonflées.

Gros intestin. — Fortement altéré dans ses trois quarts inférieurs, parsemé d'ulcérations arrondies, à bords taillés à pic, de 4 à 5 millimètres de diamètre, paraissant intéresser toute l'épaisseur de la muqueuse, et de plaques gangréneuses avec détritus noirâtre.

Le rectum contient un liquide puriforme rougeâtre.

Foie. — De volume normal; vésicule remplie d'une bile fluide et peu foncée.

Cavité thoracique. — Poumons sains; quelques adhérences postérieures.

Après avoir soigneusement reproduit ces observations, nous pouvons aborder la symptomatologie générale de chaque variété clinique.

1° Dysenterie légère. — Le début de la maladie se fait d'une façon différente, suivant les sujets; tantôt c'est un flux intestinal abondant qui ouvre la scène. Les déjections sont séreuses ou séro-muqueuses, en nombre très variable, mais ne dépassant jamais un chiffre relativement peu élevé; ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'elles deviennent légèrement sanguinolentes. Tantôt, au contraire, les évacuations sont dysenteriques dès le début, peu abondantes; les matières

d'apparence fécaloïdes sont recouvertes de mucus vitreux légèrement sanguinolent et ressemblant «assez exactement à des crachats pneumoniques.»

Tels sont les deux modes de début ordinaires ; une fois cependant le sang ne s'est montré dans les garde-robes qu'après une constipation opiniâtre.

La période d'état de la maladie, caractérisée par les selles séro ou muco-sanguinolentes, ne durait que quelques jours; les purgatifs en avaient bientôt raison, et les déjections devenues de nouveau diarrhéiques augmentaient peu à peu de consistance jusqu'à devenir moulées et même ovillées. Mais à ce moment, elles se présentaient presque toujours enrobées dans du mucus teinté de sang, quelquefois mélangé d'un peu de pus. Ces derniers caractères ont une grande importance, en ce qu'ils nous permettent de localiser au rectum les lésions de ce type pathologique ; le sang et le pus doivent, en effet, avoir pour origine un ulcère rectal, puisqu'ils recouvrent sans mélange des matières moulées. D'autre part, l'existence de cet ulcère nous expliquerait la présence de sang pur dans les garde-robes de quelques-uns des malades. Peu à peu ces produits pathologiques disparaissaient eux-mêmes, et les sujets étaient définitivement guéris.

M. le docteur Bertrand a noté une fois un processus tout différent de celui que nous venons d'exposer; chez son malade, les selles, diarrhéiques dès le début, sont restées telles pendant toute la durée de la maladie, et ce n'est qu'en raison du milieu épidémique où il a été atteint, qu'il fut rangé parmi les dysenteriques du premier degré.

A côté du symptôme principal de la maladie, nous notons la plupart du temps, des coliques plus ou moins violentes, des douleurs abdominales, soit spontanées, soit provoquées par la pression, et très souvent du ténesme ano-vésical, très intense chez quelques malades.

L'état général reste bon ; on n'a jamais trouvé d'élévation anormale de la température. La durée totale de la maladie varie de 1 à 2 septénaires, rarement elle dépasse cette limite.

2° Dysenterie de moyenne intensité. — Comme dans la forme légère, la maladie débute parfois par des selles diarrhéiques, ainsi que le prouvent les observations II et III, mais cette diarrhée dure peu de temps ; bientôt les évacuations deviennent séreuses ou muqueuses et contiennent une forte proportion de sang. Le plus souvent cependant, les selles sont séro-muqueuses dès le début et fortement sanguinolentes.

Après une durée d'environ un septénaire, ces caractères disparaissent pour faire place à des selles ayant l'aspect de lavûre de chair. Les matières fécales, d'un gris sale, et en petite quantité, nagent dans une sérosité rougeâtre peu abondante. Les évacuations paraissent moins fréquentes, il est vrai, qu'au début, mais elles sont douloureuses et les malades accusent des épreintes et du ténesme ano-vésical souvent très intense. Les coliques et les douleurs abdominales font rarement défaut. Après les selles lavûre de chair, apparaissent des déjections en purée homogène d'un rouge légèrement jaunâtre, comparées avec à propos à une «sauce tomate.» Elles sont alors formées de sang, de mucus, de pus et de débris épithéliaux.

Vers la fin du deuxième septénaire, elles prennent l'aspect de purées homogènes, jaunes ou grises et l'amélioration continuant ses progrès, elles passent à l'état pâteux, puis moulé.

A cette dernière période, on a encore observé du mucus légèrement sanguinolent autour des matières fécales, comme

si le processus curatif s'était arrêté un instant au niveau du rectum.

Avec ces caractères des garde-robes, coïncide souvent un état saburral marqué des voies digestives supérieures ; presque toujours l'appétit est perdu ; des nausées et des vomissements alimentaires ou bilieux ont été observés quelquefois. Ces symptômes disparaissent peu à peu dans la période de convalescence et l'appétit se réveille très impérieux parfois ; c'est ainsi que le sujet de l'observation III fut surpris un jour, mangeant de la viande, des pommes de terre et du pain, alors que son régime ne comportait que des œufs et de la crême de riz.

Le foie n'est ni douloureux, ni augmenté de volume ; par contre, la rate a parfois été trouvée quelque peu hypertrophiée.

La quantité d'urine rendue dans les 24 heures est très minime pendant la période d'état de la maladie, mais elle se relève brusquement au moment où commence la convalescence.

L'état général est ici moins satisfaisant que dans le premier degré ; la fatigue et l'amaigrissement sont notables ; la température, appréciée au thermomètre, ne dépasse jamais le chiffre normal. Le pouls est en général petit, fréquent et souvent irrégulier.

3° Dysenterie grave. — «J'ai toujours vu, dit M. le docteur Bertrand, le troisième degré de la dysenterie se présenter d'emblée avec un appareil symptomatique spécial ; je je n'en n'ai pas observé un seul cas qui m'ait paru constitué par une aggravation de la dysenterie de moyenne intensité.»

Le début de la maladie a lieu à peu près de la même façon que dans le type précédent. Les évacuations, en général très nombreuses (on en a noté de 50 à 70 en 24 heures), sont d'abord diarrhéiques, séro-sanguinolentes ou muco-sangui-

nolentes, pour revêtir les jours suivants l'aspect lavûre de chair, puis «sauce tomate;» les besoins sont incessants et les malades ne rendent à chaque fois qu'une quantité très minime de matières. Plus tard, les selles ressemblent à des purées plus ou moins épaisses, grumeleuses, avec plaques jaunes, vertes, rouges; plusieurs fois les malades rendent du sang pur, au point de nécessiter l'emploi de préparations d'ergotine. Cet état des garde-robes persiste d'autant plus longtemps, que les malades présentent moins de résistance et qu'ils sont déjà plus débilités par des maladies antérieures ou concomitantes. Quand la terminaison doit être favorable, les selles reprennent leur caractère fécal; elles deviennent pâteuses, puis moulées, mais à ce moment elles sont encore fréquemment enrobées de muco-pus (1).

Ce sont là des caractères bien analogues à ceux que nous avons déjà étudiés à propos de la dysenterie de moyenne intensité, mais ce qui distingue surtout le type dont nous nous occupons en ce moment, ce n'est pas tant les caractères

(1) M. le professeur Bertrand a trouvé, soit dans les selles, soit dans leurs cultures, un grand nombre de microbes qui peuvent être divisés en deux catégories principales: microbes des milieux putrides, rencontrés aussi dans les selles normales, et microbes de la suppuration. Le plus important de ces derniers est le *Staphylococcus pyogenes*, variété *aureus*. Quoique secondaire, le rôle de ce micro-organisme est d'une certaine importance, parce qu'il contribue à la nature septique, infectieuse et gangréneuse du processus; sa présence mérite, du reste, d'autant mieux d'attirer l'attention, que c'est le microbe du furoncle, et qu'il existe de grandes analogies de physiologie pathologique entre la furonculose et la dysenterie, puisque dans cette dernière maladie un grand nombre d'ulcérations sont d'origine nécrobiotique, et consécutives, par conséquent, à l'élimination d'une eschare, véritable bourbillon.

On a également retiré des selles des substances chimiques, présentant les caractères généraux des ptomaïnes. Deux cas de contagion, survenus à la suite des manipulations chimiques que nécessitèrent ces recherches, et déjà signalés dans l'étiologie, semblent dus à ces agents. Il n'est pas impossible, en effet, que ces ptomaïnes volatiles, inhalées et éliminées par l'intestin, se comportant à la manière d'un agent irritant, ouvrent la porte au microbe qui, dès lors, peut accomplir son rôle de destruction dans les tissus.

des évacuations alvines, que l'atteinte profonde portée à l'organisme tout entier.

Du côté des voies digestives supérieures, nous trouvons d'abord la langue blanche et, plus tard, dépouillée de son épithélium ; les lèvres, les joues et les gencives présentent souvent aussi ces mêmes caractères. Une seule fois, la langue a pris un aspect grillé, analogue à celui que l'on observe dans la fièvre typhoïde.

L'appétit est nul, et la soif vive.

La plupart des malades accusent une céphalalgie intense et se plaignent souvent de n'avoir pas de sommeil. Les douleurs abdominales sont excessivement violentes et les sujets varient à l'infini leurs modes de décubitus, essayant instinctivement de calmer leurs souffrances; tantôt le décubitus est dorsal, tantôt latéral ; quelquefois, au contraire, le malade se couche sur le ventre. Enfin, le sujet de l'observation IV s'était arrêté en dernier lieu au décubitus latéral, les cuisses fléchies sur le bassin, et ne répondait aux questions qu'on lui adressait, dit M. Bertrand, que par un douloureux grognement. Ajoutons à cela un ténesme ano-vésical horrible, et nous comprendrons l'épuisement nerveux qui menait rapidement les malades à l'adynamie et souvent à la mort.

L'état général ne présente pas de caractères moins importants ; le visage est grippé et revêt un air de souffrance «qu'il est plus aisé de signaler que de décrire.» Les yeux sont cernés, les joues creuses, l'amaigrissement est rapide et considérable; la plupart des sujets, au moment de la mort, sont réduits à l'état de véritables squelettes. C'est ainsi que celui de l'observation IV, cité plus haut, pesait 34 kilogr. 500, immédiatement après la mort, et celui de l'observation V, 31 kilogr.

Les malades n'accusent pas de fièvre ; les températures

axillaire et anale sont à peu près normales. Le pouls est fréquent, petit, et en dernier lieu à peine perceptible.

On a noté souvent des selles involontaires quelque temps avant la mort, et quelquefois des hoquets et du muguet.

Dans les cas où la terminaison devait être favorable, ces symptômes s'amendaient peu à peu, les selles devenant meilleures et moins nombreuses, l'appétit reparaissait, aussi impérieux que dans le deuxième degré, les forces revenaient graduellement, et avec elles, l'espoir en la guérison.

Nous n'avons pas parlé jusqu'ici de l'examen clinique des urines, si important cependant et qui a toujours été noté avec soin dans les diverses observations. Dès le début de la maladie, la quantité émise était notablement au-dessous de la normale, le chiffre de l'urée et des chlorures tombait de 25 et 12 gr. à quelques grammes. Nous avons souvent noté de 200 à 300 c. c. de liquide dans les 24 heures, alors que l'urée atteignait à peine 6 ou 7 gr. (1). Dans les cas de terminaison fatale, cet état persistait jusqu'à la mort; dans les cas de guérison, au contraire, au moment où commençait l'amélioration, les quantités d'urine et d'urée s'élevaient subitement pour atteindre et même dépasser le taux normal jusqu'à guérison complète.

Telle est rapidement esquissée la physionomie générale qu'a affectée la maladie.

Si nous jetons maintenant un coup d'œil rétrospectif sur

(1) M. le Dr Bertrand a représenté par des graphiques très intéressants, que nous ne pouvons malheureusement reproduire ici, les variations de ces divers chiffres parallèlement à celui des selles; il a noté qu'à mesure que l'état des garde-robes s'améliorait, les quantités d'urine, d'urée et de chlorures augmentaient graduellement, puis, qu'à un certain jour, les quatre courbes se rencontraient, celle des selles descendant et celles de l'urine, de l'urée et des chlorures montant brusquement jusqu'aux quantités à peu près normales. A partir de ce moment, la convalescence était définitive; c'est ce qui a fait donner par M. Bertrand le nom de «*crise*» à cette rencontre des quatre courbes.

les différents symptômes que nous venons d'énumérer, nous voyons que nous pouvons, avec M. le Dr Bertrand, ramener la maladie à deux formes principales : la forme catarrhale comprenant tous les cas de dysenterie légère et la forme inflammatoire comprenant tous ceux du 2me et du 3me degré.

Plusieurs malades ont eu des entérorrhagies sérieuses, mais nous ne croyons pas que ce soit là une raison suffisante pour conclure à une forme hémorrhagique, non plus que nous ne croyons devoir signaler une forme adynamique, puisque chez tous les malades gravement atteints, l'amaigrissement, l'épuisement nerveux et le manque de sommeil déterminaient plus ou moins rapidement cet état d'adynamie dans lequel ils succombaient; nous nous bornons donc à considérer l'adynamie comme l'aboutissant forcé des atteintes les plus graves.

Chez le sujet de l'observation II (forme grave), on a noté de la stupeur et la langue grillée qui le rapprocheraient de la forme typhoïde admise par les auteurs.

La forme gangréneuse n'a pas été rencontrée une seule fois, quoique plusieurs autopsies aient démontré la présence, dans le gros intestin, de plaques de sphacèle parfois très étendues.

Nous avons relevé dans le travail de M. le Dr Bertrand deux cas de rhumatisme survenus, l'un, quelques jours après une dysenterie de moyenne intensité, l'autre, dans le cours même de la maladie, mais nous ne savons s'ils doivent être rangés dans la forme rhumatoïde ou considérés simplement comme maladie concomitante.

Le premier concerne un jeune homme arrivé au service depuis à peine un mois ; convalescent de dysenterie, il avait des selles moulées depuis une quinzaine de jours, quand il se plaignit de douleurs, d'abord dans les articulations scapulo-humérale et huméro-cubitale droites, puis dans les

muscles de la nuque; l'examen du cœur fit percevoir du frôlement péricardique, et le malade avait de la fièvre. Ces arthropathies ne durèrent que cinq jours, puis le sujet fut emporté par les suites d'une fièvre typhoïde. A quoi faut-il attribuer ces douleurs? Est-ce à une localisation spéciale de la dysenterie? Est-ce au rhumatisme simple? Est-ce à la dothiénentérie qui est souvent précédée ou accompagnée de douleurs rhumatoïdes, principalement des muscles de la nuque? C'est ce que nous ne saurions résoudre d'une façon absolue.

Cependant le frottement péricardique signalé plus haut semble plaider puissamment en faveur de la diathèse rhumatismale, quoiqu'on n'ait noté chez le sujet aucun antécédent héréditaire.

Le deuxième malade est pris de douleurs aux articulations fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes, la feuille de clinique mentionne en outre une éruption d'érythème noueux et du frottement péricardique; le même jour le thermomètre marque 39°4. Deux jours après les arthropathies et la fièvre ont disparu, mais la dysenterie continue sa marche.

Ce fait semble plus net que le premier, vu l'absence de gonflement des articulations malades, et le peu de durée des douleurs et de la fièvre. Cependant, nous devons nous demander ce que signifie alors le frottement péricardique signalé dans l'observation et qui ne semble pas devoir accompagner les arthralgies d'origine dysenterique.

Terminaison. — La mort et la guérison ont été les deux seuls modes de terminaison observés, le passage à l'état chronique n'a pas été rencontré une seule fois. La mort est survenue après une moyenne de 17 jours et toujours à peu près de la même façon; les selles devenaient involontaires, extrêmement fétides, la voix s'éteignait, les extré-

mités se refroidissaient, le pouls d'une extrême fréquence devenait à peine sensible, et le malade succombait lentement et sans délire, dans l'adynamie.

La guérison était en apparence solidement établie au moment où les hommes sortaient de l'hôpital pour jouir d'un congé de convalescence. Tous devaient, en effet, avant leur sortie, avoir été soumis à l'épreuve de la ration complète, comprenant de la viande, des légumes, du pain et du vin.

CHAPITRE IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Lésions macroscopiques. — Le trait le plus saillant de l'habitude extérieure est la maigreur presque squelettique des sujets. Dans un cas cependant cet état a fait défaut, le malade ayant succombé en peu de jours à la brutalité de l'atteinte. Les plaies de position, observées quelquefois, soit à la région sacrée, soit à la région pelvi-trochantérienne, sont en général petites ; elles ne dépassent pas les dimensions d'une pièce d'un franc.

Cavité abdominale. — Le plus souvent, la séreuse péritonéale est saine. Une seule fois (observation V) il y avait péritonite évidente : à l'ouverture de la cavité on trouva de nombreuses adhérences du péritoine et la région hypogastrique recouverte d'une couche épaisse de pus jaune et bien lié. Dans une autre autopsie, le péritoine et le mésentère étaient injectés et les ganglions volumineux. Un liquide séro-purulent a été trouvé une fois dans la cavité péritonéale, mais l'autopsie ne mentionne aucun état pathologique de la séreuse.

Le gros intestin est le siège des lésions les plus étendues et les plus importantes. Il est presque toujours épaissi et semble quelquefois diminué de calibre ; il est très friable sur toute son étendue et principalement au niveau de l'S iliaque, au point de se rompre sous les ligatures et les plus faibles tractions. La coloration de sa surface interne est variable,

tantôt noire, tantôt verdâtre ou rouge foncé; le rectum revêt parfois la couleur hortensia.

Dans l'autopsie du sujet de l'observation II, on l'a trouvé recouvert d'un enduit couleur cambouis très adhérent. Dans tous les cas, il est parsemé de petites ulcérations taillées à pic et de plaques de sphacèle plus ou moins étendues. Deux fois, on a noté des fongosités disposées en îlots séparés par des espaces lisses, où la muqueuse semblait complètement détruite. Dans aucun cas on n'a rencontré de perforation.

L'intestin grêle a toujours été trouvé à peu près sain, sauf quelques plaques de congestion partielle chez les sujets morts de dysenterie sans maladies antérieures. Il n'en a pas été de même chez ceux qui ont succombé aux atteintes de cette maladie pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Dans ces cas, en effet, il existe des ulcérations plus ou moins anciennes, et les plaques de Peyer sont constamment tuméfiées et de coloration ardoisée.

L'estomac est presque toujours sain; les seules lésions qu'on y remarque de temps en temps sont constituées par des congestions partielles.

Le foie est le plus souvent normal; nous avons pourtant noté un poids de 1880 gr. chez le malade de l'observation II; le poids moyen est de 1557 gr. Une fois, il a été trouvé friable et congestionné, et dans deux autres cas exsangue et plus ferme qu'à l'état normal. La vésicule biliaire contient toujours un peu de liquide de couleur jaune-grisâtre, filant et trouble; dans une autopsie, la bile a revêtu une couleur teinture d'iode. Le pancréas est toujours, en apparence, normal.

La rate a subi la plupart du temps une diminution notable de volume et de poids, cependant on n'a noté aucune altération dans sa consistance. Le poids moyen est de 133 gr.

Les reins n'offrent pas de lésions apparentes sauf dans

l'autopsie du brightique citée dans un chapitre suivant; on a cependant trouvé quelquefois une légère diminution de poids de ces organes.

La vessie n'a pas été examinée, ce qui nous semble peu regrettable, étant donné que le ténesme vésical est le fait d'une action réflexe déterminée par le voisinage du rectum.

L'examen des organes intra-thoraciques a été pratiqué toutes les fois avec soin. On y a noté, soit des adhérences pleurales, soit les lésions de la tuberculose aux diverses périodes, mais ces lésions n'ont pas une grande importance au point de vue de la maladie qui nous occupe. Il n'en est pas de même du cœur qui a été rencontré presque toujours en systole et contenant dans ses cavités droites, des caillots, prolongés parfois jusque dans l'artère pulmonaire.

Après avoir exposé succinctement les lésions macroscopiques de la dysenterie, il convient de placer ici le résultat des recherches histologiques pratiquées par M. le médecin principal Fontan, professeur à l'école de médecine de Toulon.

Examen histologique. — L'œsophage a presque toujours été trouvé normal; dans un cas seulement, on a noté de la congestion partielle des vaisseaux de la sous-muqueuse; dans un second, les lymphatiques étaient anormalement développés et gorgés de leucocytes; il en était de même des follicules clos, ordinairement peu nombreux dans cette région.

L'estomac est fréquemment congestionné et parsemé de petites ulcérations au fond desquelles s'ouvrent des vaisseaux; ces lésions sont surtout marquées dans les régions du cardia et du pylore. Les vaisseaux de la celluleuse sont quelquefois gorgés de sang et il existe parfois une vascularisation considérable de la muqueuse, avec infiltration sanguine interstitielle. Dans un cas, les glandes étaient rejetées en

divers sens, coudées, fléchies étouffées, couchées par places, dans un autre, quelques-unes sont devenues kystiques.

Dans l'intestin grêle, on trouve deux ordres de lésions ; les unes, que l'on a rencontrées exclusivement chez les sujets morts de dysenterie pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, sont constituées par la tuméfaction des follicules clos qui font une saillie notable et brusque sous la muqueuse, et par des cicatrices déprimées et ombiliquées formées d'un tissu dense et scléreux, au niveau desquelles la muqueuse est privée de glandes. Ces lésions peuvent donc être considérées comme étant sous la dépendance de la dothienentérie. Il n'en n'est pas de même des divers cas de congestion et d'ulcérations que l'on a rencontrés, surtout vers la terminaison de l'intestin grêle.

La congestion n'est pas constante, et quand elle existe, elle est répartie par plaques plus ou moins étendues, et d'autant plus prononcées qu'on approche davantage de la valvule iléo-cœcale. Au niveau de cette partie, on trouve à peu près constamment des ulcérations peu profondes, dont le fond est formé des tissus anciens infiltrés de pus. Au voisinage de ces ulcérations, la muqueuse est enflammée et les follicules clos tuméfiés.

Le cœcum est le siège de folliculite suppurée à tous ses degrés, depuis la formation purulente intra-folliculaire jusqu'à l'abcès vidé dans l'intestin à travers la muqueuse. Les ulcérations y sont nombreuses et profondes ; de plus, on y trouve à chaque instant des phlébites suppurées.

Le gros intestin est criblé sur toute son étendue d'ulcérations profondes qui semblent avoir deux origines distinctes : la nécrobiose et l'abcès folliculaire ; la nécrobiose se distingue par des parties denses et opaques, situées sous la musculo-muqueuse ; à son niveau, la substance fondamentale est grenue et opaque, les vaisseaux sont oblitérés par des bou-

chons de fibrine. L'abcès folliculaire, qui laisse après lui des ulcères capables de s'agrandir, semble beaucoup plus fréquent que la nécrobiose.

Les ulcérations de l'S iliaque et du rectum ne diffèrent des précédentes que par leur plus grande profondeur et leur étendue considérable ; l'intestin est en effet, à ce niveau, privé de muqueuse sur la plus grande partie de son étendue.

A côté de ces lésions fondamentales de la dysenterie, il en existe une autre très curieuse, signalée dans les premiers travaux de Kelsch, et retrouvée plusieurs fois par M. le Dr Fontan; c'est l'effondrement de la muqueuse. « Cet effondrement nécessite une fonte et une disparition des follicules clos. La perte de substance qui en résulte est comblée par la muqueuse, qui tombe ainsi à un niveau inférieur à celui des parties saines. Nous ferons remarquer que cet effondrement, trés réel, est toujours consécutif à un abcès folliculaire, fait qui n'avait pas été spécifié, et en outre, que l'affaissement de la muqueuse ne se fait pas sans un véritable bouleversement de ses éléments ; il en résulte presque toujours que les glandes oblitérées deviennent kystiques.»

Les tuniques celluleuse et muqueuse sont infiltrées de globules purulents et d'éléments embryonnaires qui comblent les espaces laissés libres par les glandes. Des épanchements de sang interstitiels ont été fréquemment observés dans le rectum et l'estomac.

On a trouvé souvent, dans divers points du gros intestin, depuis le cœcum jusqu'au rectum, l'existence de phlébites suppurées, ayant pour origine les ulcérations déjà décrites ou les follicules abcédés. Il existe aussi parfois des thromboses veineuses, et souvent alors, les caillots fibrineux anciens n'obturant pas complètement le calibre du vaisseau, un courant de sang vivant a pu s'insinuer entre le coagulum rétracté et la paroi.

Dans un cas, on a trouvé la celluleuse du gros intestin criblée de tubercules

Enfin, les altérations des annexes du tube digestif ont aussi été notées une fois: congestion du foie et sclérose le long de ses vaisseaux; rate sclérosée. Chez le même sujet, les reins étaient le siège d'une néphrite interstitielle paraissant déjà ancienne (1).

(1) Sur des pièces plongées pendant un quart d'heure dans l'acide osmique à 1/100, puis conservées dans l'alcool à 95°, ou bien soumises à l'action de cet agent seul, on a trouvé, en les traitant les unes et les autres par la méthode de Gram, de nombreux microbes dans la couche du mucus adhérente à la surface interne de l'intestin, dans la muqueuse et dans la sous-muqueuse elle-même. C'étaient entre autres :

1° Des microcoques libres, isolés ou accouplés deux par deux;

2° Des microcoques accolés aux éléments embryonnaires et aux globules de pus infiltrés partout; quelques-uns de ces derniers en portaient jusqu'à dix ou douze;

3° Des bacilles grêles et courts, coupés carrément aux extrémités;

4° D'autres bacilles à extrémités arrondies, mesurant en longueur 3 à 4 millièmes de millimètres.

Mais on n'a rencontré aucun microbe que l'on puisse qualifier de «dysentérique.»

CHAPITRE V.

DIAGNOSTIC. — MORTALITÉ. — PRONOSTIC.

Le diagnostic « dysenterie aiguë nostras » a presque toujours été porté sans difficulté. Nous avons cependant déjà signalé quelques cas où il était plus douteux; par exemple, chez le malade classé dans le premier degré et dont la maladie a été constituée uniquement par des déjections diarrhéiques. Chez un autre malade, atteint de dysenterie grave au moment où il était traité à l'hôpital pour tuberculose pulmonaire, le diagnostic ne put être établi d'une façon définitive que par l'autopsie et par l'examen histologique, qui démontrèrent la coïncidence des lésions de la dysenterie et de la tuberculose intestinale.

Chez un dernier malade, les symptômes du « mal de Bright » vinrent se joindre à des déjections de nature dysenterique et le diagnostic ne put être établi d'une façon certaine. Voici comment s'exprime à ce sujet M. le Dr Bertrand: « Dans cette observation, le diagnostic «mal de Bright» n'était pas douteux et point n'était besoin de l'autopsie pour l'établir. Mais à quelle condition pathogénique rapporter le flux initial du ventre. Etait-ce de la dysenterie ou de la diarrhée urémique? Les probabilités cliniques sont, à mon avis, en faveur de cette dernière hypothèse, vu l'absence de sang dans les matières alvines et le prompt retour des selles moulées. Ce fut mon opinion, quand j'eus constaté l'albuminurie et l'œdème. Sous le rapport anatomique, la difficulté

reste entière ; seule, l'analyse histologique aurait pu résoudre le problème, encore conviendrait-il de ne pas oublier que les lésions microscopiques de la dysenterie et de l'entérite urémique sont parfois très analogues. »

Mortalité. — Nous avons déjà dit que le chiffre de la mortalité dans cette épidémie a été de 9 sur 212 cas, soit une moyenne de 4,24 p. 100. Sur ces 9 décès, deux seulement sont directement imputables à la dysenterie, dans six autres cas, elle n'en a été que la cause déterminante ; en effet, deux des malades étaient déjà sous le coup d'une tuberculose avancée, plusieurs autres étaient convalescents de fièvre typhoïde et devaient nécessairement n'offrir qu'une faible résistance à une atteinte tant soit peu violente de dysenterie. Le dernier malade a aussi été rangé parmi les victimes de l'épidémie, quoiqu'il ait succombé aux suites d'une fièvre typhoïde, consécutive à une dysenterie de moyenne intensité.

Tel est le bilan de l'épidémie que nous étudions. Si nous le comparons à celui des diverses épidémies rapportées dans ces derniers temps, nous observons des divergences considérables. L'épidémie de Pont-Aven, dans la Basse-Bretagne, étudiée par M. le Dr Gestin, a donné 173 décès pour une population de 7549 âmes. Celle de Brest a causé 5,9 décès pour 100.

L'épidémie de 1859, à Toulon, a fait 6 victimes sur 56 cas, soit une moyenne de 10,9 p. 100.

Si le chiffre de la léthalité est assez élevé dans ces différentes épidémies, nous trouvons par contre des moyennes bien inférieures à celle de la maladie que nous étudions : celle de Bourges, par exemple, où il n'y eut que 7 décès sur 589 cas, soit 1,18 p. 100. Il est vrai de dire que les 212 cas étudiés à Toulon représentent seulement le chiffre des malades hospitalisés, et il est probable qu'en y ajoutant les quelques cas très légers qui n'ont pas nécessité l'envoi à l'hôpi-

tal et ceux peu nombreux, il est vrai, qui y sont entrés après le 1er novembre, nous obtiendrions un chiffre bien supérieur à 212, et la moyenne de la mortalité serait diminuée d'autant.

Pronostic. — Le pronostic dépend en première ligne de la force de résistance de chaque organisme; aussi est-il des plus sombres quand il s'agit d'individus débilités par une maladie grave antérieure. Six dysenteriques étaient convalescents de fièvre typhoïde, quatre sont morts; deux étaient tuberculeux avancés, tous deux ont également succombé.

L'étendue des lésions a aussi une grande importance pronostique; la dysenterie du premier degré, dont les lésions principales paraissent surtout siéger dans la terminaison du gros intestin et le rectum, ne produisant la plupart du temps que des évacuations séreuses ou muqueuses légèrement sanguinolentes, a guéri facilement. Il n'en a pas été de même de la dysenterie moyenne et de la dysenterie grave constituées par des lésions étendues à la totalité du gros intestin. Nous croyons que dans ces deux cas, il est utile d'étudier aussi la valeur pronostique des principaux symptômes. Les selles lavûre de chair et sauce tomate sont toujours l'indice d'un état grave; il en est de même de l'entérorrhagie observée chez quelques malades.

A côté de ce symptôme, nous rangeons le ténesme anovésical insupportable et les douleurs abdominales violentes éprouvées par les malades, à cause de l'épuisement nerveux qu'ils déterminent plus ou moins rapidement; puis viennent l'insomnie, la petitesse et la fréquence du pouls, la faiblesse de la voix et surtout la persistance de l'émission d'une quantité très minime d'urine. Les selles involontaires et le hoquet, observé quelquefois, sont presque toujours d'un pronostic fâcheux, de même que le muguet; cependant M. le Dr Bertrand a vu guérir des malades qui avaient présenté ces manifestations pathologiques.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT.

Le traitement de cette épidémie se divise naturellement en deux parties: traitement hygiénique et traitement pharmaceutique.

1° *Traitement hygiénique.* — Chez les dysenteriques gravement atteints, la question de l'alimentation a été d'une importance capitale. La diète la plus sévère a été observée chez les malades du troisième degré, jusqu'à amélioration notable. On ne leur permettait, tout à fait au début, qu'un peu de bouillon de poulet et de l'eau albumineuse. Le lait, mal toléré rendu presque toujours en grumeaux dans les déjections, a dû être proscrit à ce moment. Ce n'est qu'un peu plus tard, quand les selles n'avaient plus l'aspect lavûre de chair, qu'on en a permis l'usage aux malades, encore devaient-ils commencer par de très faibles quantités, un demi-litre au plus, coupé avec de l'eau de riz. Il n'en n'a pas été de même pour les sujets atteints de dysenterie légère ou moyenne; dans ce cas, le lait a pu être prescrit sans inconvénients dès le début de la maladie. A mesure que les symptômes s'amendaient, la quantité de lait était augmentée et en même temps le malade prenait un peu de jus de viande, puis graduellement le régime se composait de riz au lait, d'œufs à la coque, de poulet et enfin, au dernier moment, de viande grillée et de pain. Le vin n'a été accordé aux repas que dans la période de convales-

cence, sauf cependant dans les cas d'adynamie très prononcée, où on a permis l'usage d'une petite quantité de Bordeaux très dilué. Comme boisson des repas, on prescrivait de préférence une faible quantité de bière, qui est bien tolérée d'habitude par l'intestin des dysenteriques chroniques. Le régime de la dysenterie de moyenne intensité a été à peu près le même.

Dans les cas légers, le régime lacté mixte, puis l'alimentation commune, ont été institués rapidement; enfin à ces malades on a pu permettre l'usage du raisin en assez grande quantité, ce fruit leur servant à la fois d'aliment et de remède.

Les plus grandes précautions ont toujours été prises pour éviter aux malades les refroidissements accidentels. Il leur était interdit de quitter leurs lits nu-pieds et à peine vêtus pour aller à la garde-robe. Les sujets qui entraient à peine en convalescence ne devaient jamais quitter la salle, et si, dans une période plus avancée, on leur permettait les promenades dans la cour, ils devaient toujours être suffisamment vêtus et munis d'une ceinture de flanelle.

2° *Traitement pharmaceutique.* — Nous observons dans l'étude de ce traitement les trois divisions que nous avons déjà admises pour la symptomatologie.

1° *Dysenterie légère.* — Ordinairement, le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, on prescrivait un léger purgatif salin, de 25 à 30 gr. de sulfate de soude. Parfois, au lieu de ce médicament, on administrait 25 ou 30 gr. de manne dans 100 gr. de petit-lait, et le soir un lavement antiseptique et émollient formé d'une solution boriquée faible. Les jours suivants, on continuait l'emploi du lavement boriqué soit tous les jours, soit seulement tous les deux jours, mais le sulfate de soude et la manne se donnaient en potions, à doses progressivement décroissantes et édulcorées avec 15 ou 20 gr.

de sirop diacode. Dans certains cas, au lieu de ces purgatifs, on employait l'ipéca, soit en potions, soit suivant la méthode brésilienne, ou bien en lavements; mais alors même que la racine antidysenterique avait produit au début une certaine amélioration, on administrait cependant, dès le troisième ou quatrième jour, des potions sulfatées, comme précédemment.

Lorsque sous l'influence de ces substances, les selles étaient devenues purement diarrhéiques, on avait recours aux absorbants, en particulier au sous-nitrate de bismuth administré en potion avec quelques grammes de sirop diacode.

A la dernière période, au moment où l'ulcère rectal enrobait les matières fécales de muco-pus plus ou moins sanguinolent, les lavements au nitrate d'argent à 10 ou 20 centigrammes pour 100 ou 200 grammes d'eau distillée, ainsi qu'à l'extrait de ratanhia, ont donné de bons résultats.

2° *Dysenterie moyenne.* — Au début, c'est encore à la médication évacuante que l'on a recours, comme dans la dysenterie légère. Les médicaments en usage sont toujours le sulfate de soude et le petit-lait manné. Ces deux substances sont employées plusieurs jours de suite, mais à doses graduellement décroissantes. Cependant, si les selles contiennent une notable quantité de sang, on a avantageusement recours à l'ipéca, administré suivant la méthode brésilienne à la dose de 2 à 8 grammes ou en potions avec 1 à 2 grammes de poudre infusée.

Ce médicament est toujours prescrit avec du sirop diacode, qui en facilite merveilleusement la tolérance. Il est bien des cas, toutefois, où l'ipéca n'ayant pas produit toute l'amélioration qu'on en attendait, on avait de nouveau recours à la manne. A la période de déclin de la maladie, quand les selles sont diarrhéiques, la médication absorbante a donné de

bons résultats ; le sous-nitrate de bismuth est donné en potion à la dose de 4 à 6 grammes jusqu'à consistance moulée des garde-robes.

Les lavements boriqués et argentiques étaient mis en usage au même titre que dans le type précédent. Les douleurs abdominales et le ténesme étaient combattus par des embrocations faites avec de la pommade belladonée.

Enfin, dans la période de convalescence, la teinture de noix vomique a été donnée comme excitant, à la dose de une à deux gouttes, avant chaque repas.

3° *Dysenterie grave.* — Le champ du traitement pharmaceutique est infiniment plus vaste dans la dysenterie grave que dans les formes précédentes, eu égard au nombre de symptômes, et partant aux indications variées de la maladie.

Chez les malades vigoureux, la méthode évacuante était celle que l'on essayait encore dès le début, mais trop souvent malheureusement, les malades très affaiblis ne pouvaient supporter qu'une dose très minime de manne ou de sulfate de soude. La médication purgative, si elle n'était pas complètement abandonnée, était au moins réduite à sa plus simple expression, et force était de recourir à la médication topique, toujours assez infidèle.

Les lavements au nitrate d'argent à 20 ou 40 centigrammes, associés ou non à quelques gouttes de laudanum, et les lavements antiseptiques étaient les agents qui semblaient donner les meilleurs résultats. L'opium était toujours employé avec beaucoup de discrétion, et le plus souvent pour édulcorer des potions sulfatées ou autres, et, si on l'administrait parfois dans des lavements, ce n'était qu'à la dose de quelques gouttes.

Enfin, M. le Dr Bertrand n'a eu recours que deux ou trois

fois aux injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, et seulement quand le danger était pressant.

La pommade belladonée est encore employée contre les douleurs abdominales et le ténesme, en même temps que les bains de siège prolongés et tièdes. Il va sans dire que ces bains n'étaient plus de saison chez les adynamiques, où ils auraient pu être suivis d'accidents. C'est dans quelques-uns de ces cas, où toutes les médications avaient été impuissantes, que l'on a fait intervenir une fois le chlorhydrate de cocaïne en lavement, à la dose de 40 centigr., mais sans grand succès, ainsi que les potions avec des doses très minimes de nitrate d'argent.

On fait ce qu'on peut, disait M. le professeur Bertrand, empruntant ce mot à la clinique de Peter; mais hélas! ajoutait-il, ce qu'on peut n'est trop souvent que peu de chose.

Si nous ajoutons aux diverses substances que nous venons d'énumérer les préparations d'ergotine employées, soit en potions, soit en injections hypodermiques, contre les divers cas d'entérorrhagie, nous aurons passé en revue les principaux agents médicamenteux auxquels on a fait appel dans cette forme de dysenterie.

Analysant maintenant les diverses médications employées, nous pourrons les ramener à huit principales.

1° Médication purgative. — La plus importante de toutes et celle qui a pour ainsi dire servi de base au traitement tout entier ; c'est à elle que l'on a demandé dès les premiers jours une modification des évacuations gastro-intestinales. Les substances employées tour à tour sont l'ipéca, le sulfate de soude, la manne et le calomel.

L'ipéca, malgré le nom de racine antidysenterique qui lui a été accordé, n'a pas toujours donné les résultats qu'on

en attendait; administré en potion à doses faibles ou un peu élevées, il a souvent trahi la confiance que l'on avait en lui.

Employé en lavements contre la rectite, il a donné une amélioration beaucoup plus satisfaisante que quand on l'a administré en potion dans les dysenteries graves.

Le sulfate de soude, donné dès le début à doses purgatives, puis décroissantes, a produit d'excellents résultats aussi bien dans les cas graves que moyens et légers; cependant, M. le Dr Bertrand lui préfère la manne, administrée dans du petit-lait, qui lui a donné le plus de succès, notamment dans les cas graves; avec cet agent, il a vu guérir des malades chez lesquels les autres évacuants avaient échoué. Du reste, bien souvent, chez le même sujet, on a du recourir tour à tour à chacun de ces médicaments avant d'arriver à un résultat satisfaisant.

Quant au calomel, il a été peu employé durant cette épidémie; on ne l'a administré que dans les dysenteries accompagnées de selles vertes.

2° *Médication opiacée.*— L'opium, avons-nous dit, a été employé avec discrétion et presque toujours comme adjuvant ou correctif. La préparation que nous trouvons le plus fréquemment en usage est le sirop diacode, à la dose de 15, 20 ou 30 grammes, pour édulcorer les potions sulfatées ou pour mieux faire tolérer l'ipéca. Quelquefois cependant il a été administré en lavements sous forme de laudanum, associé ou non à l'amidon ou au nitrate d'argent, mais toujours à dose très faible. Quant aux injections morphinées, nous avons vu qu'elles n'ont été que rarement employées et seulement dans le cas de ténesme et de coliques violentes, qu'aucun agent médicamenteux n'arrivait à calmer.

3° *Médication désinfectante.*— Les lavements boriqués ont

été très fréquemment administrés à la dose de 50 centigr. pour 20 gr. d'eau à titre d'émollients et d'antiseptiques à la fois. Le bichlorure de mercure, sous forme de liqueur de Van-Swieten en potion ordinaire, n'a paru donner aucun résultat, aussi a-t-il été peu employé.

4° Médication analgésique.— Très importante à cause des souffrances intolérables que produisaient chez un grand nombre de malades le ténesme et les douleurs abdominales. Les agents les plus employés ont été la pommade belladonée, appliquée en embrocations, et les bains de siège tièdes; ce sont surtout ces derniers qui ont donné les meilleurs résultats, mais il fallait prendre de grandes précautions pour soustraire les malades aux refroidissements. Le chlorhydrate de cocaïne, employé une fois en lavement, n'a eu d'autre résultat que d'atténuer légèrement les souffrances du malade.

3° Médication cathérétique.— Les lavements au nitrate d'argent à la dose de 10 à 50 centigr. pour 100 à 250 gr. d'eau distillée, suivis de lavements simples, laudanisés ou non, ont été administrés avec succès dans les cas de dysenterie légère. Dans les atteintes graves, si le succès a été moindre, il n'en n'est pas moins vrai qu'après une courte sensation de cuisson, les malades éprouvaient un soulagement marqué, qui justifie amplement leur fréquent emploi. Les préparations argentiques ont été données aussi en potion, mais sans aucune espèce de résultat.

6° Médication absorbante. — Le sous-nitrate de bismuth a toujours été employé avantageusement dans la période de déclin de la maladie, quand les selles étaient devenues purement diarrhéiques. M. Bertrand s'en est aussi servi avec

succès contre les entérorrhagies, où il agit par action mécanique.

7° *Médication astringente.* — Les astringents végétaux tels que le ratanhia et le tannin n'ont été donnés qu'à la fin de la maladie, et seulement pour parfaire la guérison, jamais comme médicaments de début.

8° *Médication hémostatique.* — L'abondance des hémorrhagies intestinales a nécessité souvent l'emploi de préparations d'ergotine, soit en potion, soit en injections hypodermiques.

Dans la période de convalescence, où il était indiqué de stimuler la muqueuse stomacale et de relever les forces des malades, la teinture de noix vomique et le quinquina ont été administrés avec avantage.

CONCLUSIONS.

De ce travail, il résulte que :

1° L'épidémie a pris vraisemblablement naissance au quartier de l'infanterie de marine, à Missiessy.

2° Sa vraie cause déterminante nous reste inconnue.

3° La maladie a affecté deux formes principales: la forme catarrhale et la forme inflammatoire.

4° Ses lésions principales sont constituées par des ulcérations disséminées sur toute la surface interne du gros intestin et du rectum, et ayant pour origine la nécrobiose et l'abcès folliculaire; des effondrements de la muqueuse; des phlébites suppurées et l'infiltration d'éléments embryonnaires et de globules purulents dans la muqueuse et la sous-muqueuse.

5° La base du traitement a été la médication évacuante.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 27 février 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 février 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !